

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA

**Dyrektor  
Centrum Zdrowia Psychicznego  
w Słupsku**

Imię i nazwisko .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania .....

.....

Adres do korespondencji (jeżeli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zamieszkania,  
nie wypełniać tego pola) .....

.....

E-mail .....

Numer telefonu .....

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka migowego,

Niniejsze zgłoszenie dotyczy (podkreśl właściwe):

- a) przyjęcie do szpitala
- b) przyjęcie do Poradni Zdrowia Psychicznego

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług tłumacza PJM, SJM i SKOGN (podkreśl właściwe)

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów Ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się z dnia 19 sierpnia 2011 r. (tekst jednolity: Dz.U. Z 2017 r. Poz. 1824), oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity: Dz.U. Z 2018 r. Poz. 511 ze zm.)

.....  
Data i podpis składającego wniosek